

# AVISO AL PACIENTE

Nuestra meta en HOPES es proporcionar atención médica de calidad. Debido a nuestra preocupación por su salud y bienestar, hay ciertos tipos de medicamentos que capaz no se podrá prescribir a usted. Algunos ejemplos son los siguientes:

|                 |                           |
|-----------------|---------------------------|
| Oxycontin       | Xanax                     |
| Oxycodone       | Valium                    |
| Hydrocodone     | Restoril                  |
| Percocet        | Klonopin                  |
| Percodan        | Tranxene                  |
| Lortab          | Ativan                    |
| Lorcet          | Ambien                    |
| Morphine        | Soma                      |
| Tylenol #3      | Methadone                 |
| Tylox           | Vicodin                   |
| Ultram/Tramadol | Estimulantes para adultos |

Si ya está tomando alguno de los medicamentos anteriores, su proveedor podría querer hablar con usted acerca de tratamientos alternativos.

Si usted es un paciente nuevo, tenga en cuenta que es muy improbable que seamos capaces de prescribir cualquiera de estos medicamentos para usted.

Si tiene preguntas o preocupaciones acerca esta póliza, por favor no dude discutir las con su proveedor o con el Director General de Salud.



|                               |  |
|-------------------------------|--|
| ADULT PRIMARY CARE            |  |
| PEDIATRIC PRIMARY CARE        |  |
| ADULT BEHAVIORAL HEALTH       |  |
| PEDIATRIC BEHAVIORAL HEALTH   |  |
| RELEASE OF INFORMATION SIGNED |  |

## Registro de Pacientes

|                              |                              |                                   |               |
|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|---------------|
| FECHA                        |                              |                                   |               |
| PRIMER NOMBRE (Legal)        |                              | SEGUNDO NOMBRE                    | APELLIDO (S)  |
| NOMBRE PREFERIDO (SI APLICA) |                              | PRONOMBRES PREFERIDOS (SI APLICA) |               |
| DOMICILIO                    | CIUDAD                       | ESTADO                            | CODIGO POSTAL |
| NUMERO DE TELEFONO           | NUMERO DE TELEFONO (TRABAJO) | CORREO ELECTRONICO                |               |
| EDAD                         | FECHA DE NACIMIENTO          | LUGAR DE NACIMIENTO               |               |

¿Alguna vez le han diagnosticado VIH/SIDA?:

☐ Si ☐ No

**Sexo de Nacimiento:**

☐ Hombre ☐ Mujer

**Raza:**

☐ Indio Americano/Nativo de Alaska
 ☐ Asiático
 ☐ Negro/ Afroamericano  
☐ Nativo de Hawái/Islands del Pacifico
 ☐ Blanco/Caucásico
 ☐ Otr

**Etnicidad:**

☐ Hispano(a) ☐ No-Hispano(a)

**Idioma preferido:**

☐ Ingles ☐ Español ☐ Otro \_\_\_\_\_

**Estado Civil:**

☐ Soltero(a)
 ☐ Casado(a)
 ☐ Cónyuge/Pareja
 ☐ Divorciado
 ☐ Legalmente Separado
 ☐ Viudo(a)

**Estatus de empleo:**

☐ Empleado    ☐ Desempleado    ☐ Jubilado    ☐ Servicio Militar Activo    ☐ Ninguna

**¿Ha estado en el ejército?**

☐ Si    ☐ No

**Estatus de Estudiante:**

☐ Estudiante tiempo completo    ☐ Estudiante de medio-tiempo    ☐ No estudiante

**¿Cómo se enteró de HOPES?**

☐ Por un paciente de HOPES?    ☐ Anuncio de Publicidad    ☐ Internet    ☐ Medios de comunicación social  
☐ Otro\_\_\_\_\_

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| ADULT PRIMARY CARE          |  |
| PEDIATRIC PRIMARY CARE      |  |
| ADULT BEHAVIORAL HEALTH     |  |
| PEDIATRIC BEHAVIORAL HEALTH |  |

## Consentimiento de Tratamiento para el Paciente

Por medio del consentimiento a y autorizar dicho tratamiento prescrito y completamente explicado a mí por HOPES. Además consiente y autoriza a tales pruebas de laboratorio y procedimientos, exámenes de rayos x y otros servicios médicos de rutinarios que se consideren necesarias por los proveedores de HOPES. No es posible hacer garantías sobre los resultados del examen o tratamiento. Reconozco que me no han hecho ninguna garantía de tal. Entiendo que tendré la oportunidad de discutir cualquier y todos los cuidados o tratamiento me propusieron con los proveedores de HOPES y puedo negarme a dar su consentimiento para el cuidado o tratamiento si no desea continuar con esos cursos de tratamiento. Ofreceré HOPES con información exacta sobre mis drogas médicas, sexual, o historia de alcohol y problemas personales o sociales que pueden afectar mi salud o atención médica para asegurar el tratamiento adecuado, la atención y derivación para servicios necesarios. Soy responsable de tener todas las pruebas de laboratorio, radiografías y otros procedimientos de diagnóstico hechos oportunamente, antes de mi próxima cita programada e informaré para todas las citas de la clínica programada en el tiempo. Hopes no proporciona servicios de Afirmación de Género or Terapia de Reemplazo Hormonal (HRT) a personas menores de 18 años. La aceptación por parte del paciente de los servicios de planificación familiar no debe ser un requisito previo para la elegibilidad o la recepción de cualquier otro servicio, asistencia o participación en cualquier otro programa que se ofrezca en Northern Nevada HOPES (42 CFR 59.5(a)(2)).

Asignará a un proveedor de HOPES basado en disponibilidad. Entiendo que puedo ser visto por otro proveedor de HOPES si mi proveedor habitual no está disponible. Entiendo que si llego tarde a mi cita no puede ser visto por mi proveedor regular. Entiendo que debo solicitar medicamentos recargados contactando a la farmacia por lo menos tres días hábiles antes de mi suministro de medicamentos se agote.

\_\_\_\_\_ INICIALES DEL PACIENTE O PADRE/GUARDIAN

Reconozco que la clínica de HOPES no **funciona un servicio de atención de emergencia**. Miembros del personal están disponibles para mí durante las horas regulares de trabajo para responder a sus preguntas o dudas acerca de mi necesidad de atención urgente. Si mi situación es de emergencia la asistencia debe llamar al 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana. Si deseo hablar con un médico después de horas que puedo llamar a la clínica de HOPES al 786-4673. Dirigi al servicio de respuesta y un médico le devolverá a mi llamada.

\_\_\_\_\_ INICIALES DEL PACIENTE O PADRE/GUARDIAN

Entiendo que HOPES tiene un enfoque de equipo integrado para el manejo del paciente y que la información médica puede ser compartida entre los médicos, farmacéutico, salud mental, enfermeras, administradores de casos, asistentes médicos, estudiantes de medicina o internos sin autorización escrita. Esta información es utilizada exclusivamente para el propósito de la coordinación de la atención médica y los servicios sociales.

\_\_\_\_\_ INICIALES DEL PACIENTE O PADRE/GUARDIAN

**HONORARIOS DE PAGO POR SERVICIOS:** Northern Nevada HOPES brinda servicios a clientes que no tienen cobertura de seguro de terceros utilizando una escala de tasa de deslizamiento, adhiriéndose a las directrices de la pobreza de salud y servicios humanos. Entiendo los cargos por servicios dependen de mis ingresos y pueden cambiar como mis ingresos aumenta o disminuye. En caso de que tengo derecho a los beneficios derivados de cualquier póliza de seguro privado o comercial, dichas prestaciones serán solicitados y asignados al Northern Nevada de HOPES. Si yo estoy cubierto por Medicare, Medicaid o compensación del trabajador, se enviará un reclamo a la agencia apropiada. Sin embargo, entiendo que soy responsable por cualquier copagos, deducibles, u otros cargos por ninguna póliza de seguro o agencia gubernamental y estos copagos son pagaderos en el momento de servicio prestado a menos que se han hecho otros arreglos previos.

He leído con atención y comprendo totalmente este consentimiento y acuerdo. He recibido una copia de este consentimiento / acuerdo y estoy debidamente autorizado para ejecutar lo anterior, y acepto los términos como se describe. Entiendo que este consentimiento / acuerdo es efectivo hasta que sea revocada por escrito.

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL PACIENTE/GUARDIAN LEGAL

\_\_\_\_\_  
 FECHA

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL EMPLEADO DE HOPES

\_\_\_\_\_  
 FECHA

**Como paciente, tienes el derecho a:**

- Ser tratado con respeto y dignidad en un entorno seguro y privado.
- Cambiar proveedores médicos en Northern Nevada HOPES.
- Obtener otra opinión sobre su enfermedad o tratamiento.
- Respetar sus valores y creencias culturales, sociales, espirituales y personales.
- Recibir información sobre cambios o finalización de programas en HOPES
- Conocer el costo de su atención y las formas en que puede pagar por su atención.
- Acceder al médico de guardia a través de un servicio de atención fuera de horario.
- Acceder a servicios de interpretación si no entiende inglés, u otra asistencia si usted tiene discapacidad auditivas o visuales. Estos servicios son gratuitos.
- Recibir servicios sin importar sus posibilidades de pago.
- Estar informado sobre su enfermedad y tratamiento, incluyendo opciones para su cuidado.
- Conocer los servicios disponibles a través de HOPES.
- Saber que HOPES no proporciona servicios dentales en la clínica, pero puede ser referido a dentistas externos.
- Solicitar arreglos especiales si tiene una discapacidad.
- Negarse a ser incluido en cualquier programa de investigación sin limitar la atención médica o el tratamiento.
- Ser informado que HOPES no maneja problemas de dolor crónico y no proporciona evaluaciones de discapacidad.
- Ser informado que grabar su visita al consultorio con su proveedor sin revelar el mismo no fomenta una relación de confianza entre el proveedor y el paciente.
- Estar informado de las horas y plazos de la farmacia de HOPES para surtir las recetas nuevas y existentes.
- Estar informado sobre el acceso electrónico de sus registros de pacientes a través del portal web para pacientes de HOPES.
- A la privacidad de sus registros de salud según lo determinado por HIPAA/42 CFR Parte 2.
- Conocer que HOPES tiene requisito legal de reportar cierta informacion y hacer reportes a las autoridades adecuadas.
- Rechazar tratamiento y servicios según lo permitido por la ley.
- Presentar una queja o un reclamo formal, si no está satisfecho con la atención en HOPES.
- Conocer la filosofía y características del programa de manejo de pacientes.
- Tener información personal de salud compartida con el programa de manejo de pacientes solo de acuerdo con las leyes estatales y federales.
- Identificar a los miembros del personal del programa, incluido su título de trabajo, y hablar con un supervisor del personal si se solicita.
- Hablar con un profesional de la salud y recibir información sobre el programa de manejo del paciente.
- Recibir información administrativa sobre los cambios o la finalización del programa de manejo de pacientes.
- Rechazar la participación, revocar el consentimiento o cancelar la inscripción como paciente de HOPES en cualquier momento.

**Como paciente, tienes la responsabilidad de:**

- Hacer preguntas sobre su enfermedad o cuidado.
- Mostrar respeto tanto a los empleados de HOPES, voluntarios, contratistas, como a otros pacientes.
- Comprender que las amenazas físicas y/o verbales de violencia, acoso, coerción, intimidación y otros comportamientos disruptivos no serán toleradas y podrían resultar en la terminación de la relación paciente-HOPES.
- Cancelar o reprogramar citas con anticipación para que otra persona pueda tener ese horario.
- Informar al hospital o la sala de emergencias de que usted es un paciente de HOPES para la coordinación del cuidado.
- No llegar a Northern Nevada HOPES o a mis citas intoxicado(a) o bajo la influencia de drogas.
- No llegar a Northern Nevada HOPES o a mis citas con ningún tipo de arma.
- Usar medicamentos o dispositivos médicos solo para usted.
- Informar a un proveedor médico si empeora o si tiene una reacción inesperada a un medicamento.
- Seguir las instrucciones del prescriptor sobre todos los aspectos de las recetas.
- Dar permiso por escrito para publicar sus registros de salud cuando sea necesario.
- Proporcionar a HOPES una copia de su testamento vital o poder notarial duradero para asuntos de atención médica.
- Pagar sus copagos y facturas a tiempo.
- Reunirse con consejeros financieros para establecer planes de pago.
- Presentar todos los formularios que sean necesarios para participar en un programa, en la medida que lo exija la ley.
- Proporcionar información clínica y de contacto precisa y notificar al programa de manejo del paciente los cambios en esta información.
- Notificar a su proveedor tratante de su participación en el programa de manejo de pacientes, si corresponde.

Si tiene alguna pregunta, por favor pregunte a un empleado de HOPES.

---

NOMBRE DEL PACIENTE

---

FIRMA DEL PACIENTE/GUARDIAN LEGAL

---

FECHA

**Si eres o si te conviertes en paciente de un programa de tratamiento de uso de sustancias (alcohol u otras drogas) en HOPES, tus derechos también incluyen, pero no se limitan a, lo siguiente**

1. Si el programa recibe fondos de las Certificaciones de Salud Conductual para la Excelencia en Nevada (BHCEN), tienes derecho a recibir tratamiento independientemente de si puedes o no pagar por él, y el programa tiene prohibido imponer cualquier tarifa o contrato que suponga una carga para ti o tu familia. Northern Nevada HOPES tiene una escala de tarifas ajustable para la que puede calificar.
2. Tienes derecho a recibir un tratamiento adecuado a tus necesidades.
3. Si se le transfiere a otro proveedor de tratamiento, tiene derecho a recibir una explicación de la necesidad de dicha transferencia y de las alternativas disponibles, a menos que dicha transferencia se realice debido a una emergencia médica.
4. Tienes derecho a ser informado de todos los servicios del programa que puedan ser beneficiosos para tu tratamiento.
5. Tienes derecho a que tus registros clínicos sean enviados al programa receptor si eres transferido a otro programa de tratamiento.
6. Tienes derecho a ser informado del nombre de la persona responsable de la coordinación de tu tratamiento y de las calificaciones profesionales del personal involucrado en tu tratamiento.
7. Tienes derecho a ser informado sobre tu diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico.
8. Tienes derecho a recibir suficiente información para proporcionar un consentimiento informado para cualquier tratamiento que se te ofrezca. Esto incluye una descripción de los riesgos médicos significativos, el nombre de la persona responsable del tratamiento, un costo estimado del tratamiento y una descripción de las alternativas al tratamiento.
9. Tiene derecho a examinar su factura de tratamiento y a recibir una explicación de la factura.
10. . Tienes derecho a recibir atención continua: Ser informado de tus citas para el tratamiento, los nombres del personal del programa disponible para el tratamiento y de cualquier necesidad de atención continua.
11. Tienes el derecho de que cualquier solicitud razonable de servicios sea razonablemente satisfecha por el programa, considerando su capacidad para hacerlo.
12. No se puede exigir la renuncia a ningún derecho civil u otro protegido por la ley como condición para los servicios del programa.
13. Tienes derecho a estar libre de acoso o abuso emocional, físico, intelectual o sexual.
14. Tienes el derecho de presentar una queja ante el Estado de Nevada si el procedimiento de quejas de la instalación no resuelve tu queja a tu satisfacción, y el derecho a la libertad de represalias u otras consecuencias adversas como resultado de presentar una queja. Dichas quejas relacionadas con el tratamiento del abuso de alcohol o drogas pueden dirigirse por escrito o por teléfono a: Certificaciones de Salud Conductual para la Excelencia en Nevada, 4126 Technology Way, 2nd Floor, Carson City, Nevada 89706. Teléfono: 1-775-684-4190.
15. . Tienes el derecho a ser informado de tus derechos como paciente. Lo anterior debe ser publicado en la instalación en un lugar donde esté inmediatamente disponible para usted, y se le debe informar de estos derechos y proporcionarle una lista de ellos tan pronto como sea prácticamente posible al comenzar su tratamiento.

He leído, entiendo y se me ha proporcionado una copia de los Derechos del Paciente mencionados anteriormente.

NOMBRE DEL PACIENTE

---

FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR LEGAL

---

FECHA

---

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| ADULT PRIMARY CARE          |  |
| PEDIATRIC PRIMARY CARE      |  |
| ADULT BEHAVIORAL HEALTH     |  |
| PEDIATRIC BEHAVIORAL HEALTH |  |

## Reconocimiento de las prácticas de privacidad y el procedimiento de quejas del paciente

Reconozco que he recibido una copia de la notificación de prácticas de privacidad y el Procedimiento de Quejas del Paciente.

Reconozco que se me ha informado que el Aviso de prácticas de privacidad de HOPES se encuentra en la página web de HOPES y en cada área de recepción.

Entiendo que recibiré una copia impresa del Aviso de prácticas de privacidad de HOPES cuando lo solicite.

\_\_\_ **Me gustaría recibir una copia impresa del Aviso de prácticas de privacidad**

\_\_\_ **Se le entregó a la persona una copia impresa del Aviso de prácticas de privacidad**

### Quejas Y Agravios

Northern Nevada HOPES toma en serio las y/o agravios de todo tipo e invita a los clientes o tutores legales a dialogar sobre sus inquietudes. HOPES proporcionará un foro para abordar las quejas, esforzándose por lograr una resolución satisfactoria antes de que se presente un agravio formal. En caso de que no se logre una resolución satisfactoria, el cliente puede presentar un agravio formal. Durante el proceso de agravio formal, HOPES se esfuerza por trabajar los clientes para encontrar conclusiones mutuamente satisfactorias.

Si desea una copia del formulario de queja o agravio con instrucciones, comuníquese con la oficial de privacidad: Julie Gwin, 775-786-4673 ext. 2023. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
 FECHA

### RECONOCIMIENTO SE NEGÓ

En esta fecha, el paciente firmo que se negó o rechazo el recibo de la notificación de prácticas de privacidad y el Procedimiento de Quejas del Cliente.

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
 FECHA

Motivo del rechazo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL EMPLEADO DE HOPES

\_\_\_\_\_  
 FECHA

**Una copia firmada de esta página debe ser presentada ante el registro del paciente.**

## Consentimiento de Correo Electrónico/ Texto (SMS)

---

NOMBRE DE PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

---

CORREO ELECTRONICO DE PACIENTE

**Northern Nevada HOPES' no puede garantizar la seguridad y confidencialidad de la transmisión de correo electrónico y texto (SMS).** Servicios on-line y los empleadores tienen el derecho de acceso y archivo de correo electrónico y textos (SMS) transmitido a través de sus sistemas. Si usted permite que otros tengan acceso a su teléfono celular pueden ver los mensajes. Por lo tanto, tenga en cuenta que usted envía un correo electrónico y/o texto (SMS) por su cuenta y riesgo. Por varios factores del internet y el correo electrónico fuera de nuestro control, no podemos ser responsables por correo electrónico o texto (SMS), mal entregado o interrumpido. Northern Nevada HOPES y su proveedor de cuidado de salud no son responsables por las infracciones de confidencialidad causada por sí mismo o un tercero.

Northern Nevada HOPES sólo enviará mensajes de texto (SMS) de acuerdo con la Orden y Orden Declaratoria de la Comisión Federal de Comunicaciones (FCC). HOPES no recibirá mensajes de texto (SMS).

Correo electrónico es más adecuado para cuestiones rutinarias y preguntas sencillas. No debe enviar por correo electrónico para situaciones urgentes o de emergencias o para asuntos que requieran una respuesta inmediata. Su proveedor tratará de leer y responder prontamente a correo electrónico, pero no puede ser garantizado que un correo electrónico será leído y repuesto dentro de un período de tiempo específico. Asuntos con sensibilidad de tiempo deben ser atendidos por teléfono. No use correo electrónico para las comunicaciones con respecto a información sensible de la salud, como enfermedades de transmisión sexual, el VIH/SIDA, salud mental o abuso de sustancias.

Por favor incluye su nombre completo, fecha de nacimiento y número de teléfono en todos los correos electrónicos. Describe el tema de su correo electrónico en la línea marcada "Sujeto/Asunto?" en su mensaje.

Todos los correos electrónicos entre usted y su proveedor con respecto a diagnósticos o tratamiento serán imprimidos y hechos parte de sus registros médicos permanente.

Su proveedor puede reenviar su correo electrónico a otros miembros del equipo según como sean necesario para la respuesta. Sin embargo, su correo electrónico no será enviada fuera nuestro equipo de salud sin su autorización.

Para prevenir la introducción de virus a nuestro sistema, no envíe archivos adjuntos a nosotros en su correo electrónico.

Usted es responsable para proteger su contraseña y otros medios de acceso al correo electrónico y texto (SMS).

---

NOMBRE DE PACIENTE

FECHA

---

FIRMA DEL EMPLEADO DE HOPES

FECHA





## Patient Financial Responsibility Acknowledgment

As a patient of Northern Nevada HOPES, it is important that you understand and agree to the following:

- I agree to provide accurate and up-to-date insurance information at the time of service and to notify the clinic of any changes.
- I understand that services rendered to me by Northern Nevada HOPES may not be fully covered by my insurance plan.
- I acknowledge that I may be responsible for all or a portion of charges for services I receive at Northern Nevada HOPES if they are not covered by my insurance. This may also include deductibles, copayments, and coinsurance depending on the requirements of my insurance plan.
- In the event I am unable to pay for all or a portion of the charges that are not covered by insurance, that are due after applying insurance, or if my insurance is not valid for the services received, I understand that I can request to be assessed for a sliding-fee scale based on my income or establish a payment plan.

I have read, understand, and agree to the terms of this Patient Financial Responsibility Acknowledgment.

**Patient Name:** \_\_\_\_\_ **Signature:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

---



## Acreditación de Responsabilidad Financiera del Paciente

Como paciente de Northern Nevada HOPES, es importante que comprenda y acepte lo siguiente:

- Estoy de acuerdo en proporcionar información de seguro precisa y actualizada en el momento del servicio y en notificar a la clínica sobre cualquier cambio.
- Entiendo que los servicios prestados a mí por Northern Nevada HOPES pueden no estar completamente cubiertos por mi plan de seguro.
- Reconozco que puedo ser responsable de la totalidad o de una parte de los cargos por los servicios que reciba en Northern Nevada HOPES si no están cubiertos por mi seguro. Esto también puede incluir deducibles, copagos y coseguro, dependiendo de los requisitos de mi plan de seguro.
- En caso de que no pueda pagar la totalidad o una parte de los cargos que no están cubiertos por el seguro, que son debidos después de aplicar el seguro, o si mi seguro no es válido para los servicios recibidos, entiendo que puedo solicitar una evaluación para una escala de tarifas móviles basada en mis ingresos o establecer un plan de pago

He leído, entiendo y acepto los términos de este Reconocimiento de Responsabilidad Financiera del Paciente.

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_



ACCT # \_\_\_\_\_



**2026 NORTHERN NEVADA HOPES  
FPL SURVEY**

**ANNUAL INCOME**

To share your annual income, please fill in the Family Size box with the number of people in your household. Then, choose the box that corresponds to the dollar amount closest to your annual household income. For example, if your household consists of 5 people with no income, select the box with an annual income ranging from \$0-\$15,960.

**INGRESOS ANUALES**

Por favor comparta sus ganancias anuales. Primero, escriba la cantidad de personas en su hogar en la casilla de tamaño de familia. Luego, seleccione la casilla correspondiente al monto en dólares más cercano a su ingreso familiar anual. Por ejemplo, si su hogar está formado por 5 personas sin ingresos, elija la casilla de ingresos anuales de \$0-\$15,960.

| Family Size/<br>Tamaño de<br>Familia | Annual Gross/<br>Ingresos Anuales                  | Annual Gross/<br>Ingresos Anuales                  | Annual Gross/<br>Ingresos Anuales               | Annual Gross/<br>Ingresos Anuales               | Annual Gross/<br>Ingresos Anuales                  | Annual Gross/<br>Ingresos Anuales               | Annual Gross/<br>Ingresos Anuales                   |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
|                                      | \$0 - \$15,960<br><input type="checkbox"/>         | \$27,051 -<br>\$34,150<br><input type="checkbox"/> | \$41,251 - \$48,350<br><input type="checkbox"/> | \$55,451 - 62,550<br><input type="checkbox"/>   | \$69,651 - \$76,750<br><input type="checkbox"/>    | \$83,851 - \$90,950<br><input type="checkbox"/> | \$98,051 - \$112,250<br><input type="checkbox"/>    |
|                                      | \$15,961 -<br>\$27,050<br><input type="checkbox"/> | \$34,151 -<br>\$41,250<br><input type="checkbox"/> | \$48,351 - \$55,450<br><input type="checkbox"/> | \$62,551 - \$69,650<br><input type="checkbox"/> | \$76,751 -<br>\$83,850<br><input type="checkbox"/> | \$90,951 - \$98,050<br><input type="checkbox"/> | \$112,251<br>above/ más<br><input type="checkbox"/> |

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_

Name/Nombre



## No-Show Policy

### 1. No-Show Policy:

A patient who misses 3 consecutive medical appointments without providing prior notification will be required to have 1 walk-in or same-day visit before being able to schedule appointments again.

### Exceptions:

**Emergencies:** In the case of a medical emergency, the patient will not be penalized for missing an appointment.

**Valid Reasons:** If the patient can provide a valid reason for missing an appointment, such as a serious illness, family emergency, or transportation issues, they may be exempt from the policy.

### Communication:

Patients will be notified of this policy at the time of their initial visit and whenever their appointment status changes. Staff will make every effort to contact patients to confirm appointments and address any concerns.

## Política de no Presentarse

### 1. Política de no presentarse:

Un paciente que falte a tres citas programadas sin proporcionar notificación previa tendrá que tener una visita sin cita previa antes de poder programar citas nuevamente.

### Excepciones:

**Emergencias:** En caso de emergencia médica, el paciente no será penalizado por faltar una cita.

**Razones válidas de:** Si el paciente puede proporcionar una razón válida para faltar una cita, como una enfermedad grave, emergencia familiar o problemas de transporte, puede estar exento de la póliza.

### Comunicación:

Los pacientes serán notificados de esta política en el momento de su visita inicial y siempre que cambie el estado de su cita. El personal hará todo lo posible para contactar a los pacientes para confirmar las citas y abordar cualquier inquietud.

